



מס' זהות	דרגת רישיון
מספר רישיון נהיגה	שנת לידה
תאריך חידוש	
הגבלות	

יש למלא את הטופס בעט שחור או כחול בלבד

נכבדי,

חידוש רישיון הנהיגה שלך מותנה בבצוע ביקורת רפואית, שתכלי מבדק כושר ראייתך (אצל רופא עיניים מומחה או אצל אופטומטריסט מורשה) ומבדק רפואי כללי מידע נוסף גב הטופס. את הטופס המלא - עם בדיקת הראייה, בדיקת הרופא, תשובותיך וחתימתך - יש לשלוח באמצעות הדואר לכתובת "מחלקת מידע ובקרה אגף הרישוי: ת.ד. 270 חולון מיקוד 5810201".

סמן X בטורים כן או לא בהתאם לתשובה המתאימה. ותוצאות הבדיקה הרפואית של כושר הראייה

עין	חדות ראייה 6/12 לפחות				שדה ראייה 120° לפחות				ראייה דו-עינית וכפל ראייה מס' עצמים מוזהה
	כן	לא	כן	לא	כן	לא	כן	לא	
ימין	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/> כן <input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/>
שמאל	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/> כן <input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/>
יחד	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/> כן <input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/> כן <input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/>

רופא נכבד, בהתאם להוראות תקנות התעבורה מבקש רישיון נהיגה יבדק בבדיקה רפואית אשר תכלול בדיקת מצבו הגופני והנפשי, ונתונים נוספים המשפיעים לדעתך על כשירותו לנהיגה. הבדיקה תיערך ע"י רופא של המבקש, אשר יפרט את ממצאיו בטופס שקבע אגף הרישוי ולפי הפרטים שבטופס. אי לכך נבקשך לבדוק את מבקש הרישיון שפרטיו מצויינים בטופס הבדיקה ולמלא את הטופס על פרטיו. אנא הסבר לנבדק את חלק ב' של הטופס ודא שימלא אותו ויחתום עליו.

ב. בדיקות לבעל רישיון נהיגה מסוג פרטי/דו-גלגלי (דרגות A1,A2,B) /טרקטור.

כן	לא	הצהרת מבקש/ת הבדיקה (ימולא ע"י המבקש/ת)
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	1. האם הנך סובלת/מסחרחורות או חוסר שיווי משקל?
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	2. האם עברת אירוע של איבוד הכרה ב-5 השנים האחרונות? אם כן, מתי?
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	3. האם את/ה סובלת/מאפילפסיה (מחלת הכיפיון)? אם כן, מתי היה התקף האחרון? האם את/ה מקבלת/בקביעות תרופות? אם כן פרט
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	4. האם עברת אי פעם אירוע מוחי (שבץ מוחי)? אם כן, מתי?
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	5. האם יש לך הגבלה בתנועה ביד או ברגל בגלל ירידה בתחושה, חולשה, שיתוק או קטיעה?
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	6. האם את/ה סובלת/מסוכרת? סוג הטיפול שהנך מקבלת/לאיוון הסוכרת: האם עברת התקפים של ירידה חדה ברמת הסוכר בדם (היפוגליקמיה)?
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	7. האם את/ה סובלת/מבעיות נפשיות? אם כן, האם טופלת/ מטופלת בגינים?
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	8. האם הינך מקבלת/בקביעות תרופות? אם כן, פרט
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	9. האם הינך סובלת/ממחלת לב? אם כן, פרט:
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	10. האם נבדקת אי פעם במכון הרפואי לבטיחות דרכים? אם כן, מתי?
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	11. האם ידוע לך על מחלה נוירולוגית?
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	12. האם היו אירועים של איבוד הכרה ב-5 השנים האחרונות? אם כן, מתי? ומה הסיבה.
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	13. האם סובלת/מאפילפסיה (מחלת הכיפיון)? אם כן, מתי היה התקף אחרון? האם מטופלת/תרופתית? פרטי תרופות בדף נפרד. האם מאוזן?
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	14. האם עבר/ה אירוע מוחי? מתי? פרט מצב קיים.
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	15. האם יש הפרעות מוטוריות ו/או תחושתיות והפרעות בקואורדינציה? האם יש קשיון פרק או קטיעה גפה? פרט:
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	16. האם סובלת/מסוכרת? אם כן, מה הטיפול שמקבלת? האם את/ה ארועים של היפוגליקמיה? מתי? האם מאוזן?
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	17. האם התרשמט שיש הפרעות במהירות תגובה, זיכרון, התמצאות בזמן ובמקום?
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	18. האם ידוע לך על בעיות נפשיות שבינים מטופלת/טופלה ע"י פסיכולוג/פסיכיאטר?
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	19. האם ידוע לך על שימוש כרוני בסמים או אלכוהול שלא לצורך רפואי?
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	20. האם סובלת/ממחלות לב? פרט תרופות בדף נפרד. האם סובלת/מהפרעות קצב? האם מאוזן?
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	21. האם לדעתך יש הצדקה לשלוח את הנהג לבדיקה במכון הרפואי לבטיחות בדרכים?
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	22. האם יש מניעה מאישור כשירות נהיגה לפי הבנתי המקצועית במצב הרפואי הנוכחי?
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	23. הערות

אישור הרופא אני מצהיר כי הנ"ל חתם על הצהרתו וזיהיתי את המבקש על פי תעודה מזהה.

אני מטפל דרך קבע במבקש, זה שלוש שנים לפחות, בקופ"ח

אני מטפל במבקש שהוא עולה חדש שטרם חלפו שלוש שנים מיום עלייתו, בקופ"ח

עיינת בתיקו הרפואי בכל קופ"ח שבה היה בשלוש השנים שקדמו לבדיקה

תאריך _____ שם הרופא _____ מס' רישיון, חתימה וחותמת

אני החתום מטה מצהיר/ה שכל תשובותי בטופס זה, תואמות את האמת וידוע לי כי אהיה צפוי/ה לעונשים הקבועים בחוק, על כל רישום כוזב שערבתי בטופס זה.

אני מצהיר/ה ומתחייב/ת למסור לרופא המוסמך מטעם אגף הרישוי, ידיעות מלאות ונכונות על מחלותי וליקויי הבריאותיים. אני מוותר/ת על הסודיות בנוגע למחלותי, לגבי המוסדות הרפואיים הבודקים אותי והנני מבקש/ת בזאת מכל מוסד רפואי למסור כל מידע בקשר למחלותי, מצבי הרפואי וכל מידע אחר שידרש לרופא המוסמך או לבא כוחו.

טופס ללא חתימה, לא יטופל.

תאריך _____ חתימת מבקש/ת הבדיקה _____

לשימוש המשרד

המלצת רופא הרישוי: כשיר לנהיגה נשלח למכון הרפואי לבטיחות בדרכים

שם הרופא _____ תאריך _____ חתימה וחותמת

רצוי לשמור בידך צילום של הטופס לצורך בירור. ניתן לשלוח באמצעות הדואר לכתובת "מחלקת מידע ובקרה אגף הרישוי: ת.ד. 270 חולון מיקוד 5810201". יש למלא את הטופס בעט שחור או כחול בלבד.

